



# Note de lecture sur "Anne Cornet, Politiques de santé et contrôle social au Rwanda. 1920-1940, Karthala, 2011, 472p."

Jean-Pierre Chrétien

## ► To cite this version:

Jean-Pierre Chrétien. Note de lecture sur "Anne Cornet, Politiques de santé et contrôle social au Rwanda. 1920-1940, Karthala, 2011, 472p.". Afrique Contemporaine, 2011, 240, pp.159-161. halshs-00712831

**HAL Id: halshs-00712831**

**<https://shs.hal.science/halshs-00712831>**

Submitted on 28 Jun 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Anne Cornet, *Politiques de santé et contrôle social au Rwanda. 1920-1940*, Karthala, 2011, 472p.**

A côté de tant d'études sur la tragédie du Rwanda contemporain, cet ouvrage nous reporte à la situation de ce pays durant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Une prise de distance historique qui aidera à réfléchir sur ce pays hors des passions de l'actualité. Cette histoire des politiques de santé sous la colonisation, entre les deux Guerres mondiales, éclaire de façon particulièrement intéressante les débuts de l'évolution de la société rwandaise au contact de la domination européenne. La période allemande, entre 1897 et 1916, avait été celle des premiers contacts. C'est avec le maillage administratif du « Territoire du Ruanda-Urundi » (regroupant Rwanda et Burundi), attribué à la Belgique sous « mandat » de la Société Des Nations, que la modernité européenne se fit sentir de manière omniprésente sur les « collines ».

Spécialiste de l'histoire coloniale belge, Anne Cornet, pose d'emblée les bonnes questions. Comment s'articulent l'action de l'administration et celle des missions chrétienne ? Et surtout quel est le rôle des interventions médicales et sanitaires dans l'emprise que les Européens établissent sur la société « indigène » ? C'est donc la dimension sociale, politique et culturelle en milieu africain de cette politique de santé qui est au cœur du sujet. L'analyse en est particulièrement détaillée, tant sur les structures administratives que sur les objectifs, les établissements, les personnels et les pratiques au quotidien.

Le cadre médical est établi selon un modèle déjà rodé au Congo, auquel le Rwanda est rattaché administrativement depuis 1925. Le personnel, formé en médecine tropicale à Bruxelles et Anvers, est souvent d'origine militaire. Les médecins (ils sont 8 en 1930), les agents sanitaires et infirmiers européens sont aidés par des auxiliaires locaux, de mieux en mieux formés, soit à l'école d'infirmiers de Kitega (au Burundi), soit au Groupe scolaire d'Astrida (l'actuel Butare) où a été créée une Section médicale en 1933. Le quadrillage sanitaire du Service d'assistance médicale aux indigènes (créé aussi en 1933) se calque sur le découpage des territoires administratifs. En 1938, il existe 16 dispensaires ruraux et deux hôpitaux, à Kigali et Astrida.

Les moyens restent donc encore modestes dans un pays de 1,5 à 2 millions d'habitants, et dont la démographie (négligée par l'auteur) décolle peu à cette époque. Les actions de santé visent surtout l'urgence, elles se concentrent dans la lutte contre les épidémies (variole, typhus...) et les endémies, notamment la maladie du sommeil, qui connaît une nouvelle flambée à l'est du pays dans les années 1930 (après celle venue du Congo au début du siècle et combattue par les Allemands) et surtout le pian. Cette maladie, très répandue, avec ses plaies invalidantes, est combattue méthodiquement à partir de 1933, à coup de campagnes itinérantes, appuyées sur un recensement médical systématique et l'obligation de se faire traiter. Les injections de salvarsan (un médicament à base d'arsenic) obtiennent des résultats rapides qui impressionnent favorablement la population, malgré le poids des corvées, des

contraintes et des punitions collatérales. Cette action, menée durant cinq ans est une manifestation éclatante de l'administration indirecte, puisque les autorités coloniales travaillent avec les autorités dites coutumières, selon des instructions données en kinyarwanda par le mwami Mutara lui-même.

La même ambiguïté se retrouve dans la politique hygiéniste, à l'instar des autres colonies : elle produit dès la fin des années 1920 une apartheid spatiale dans les agglomérations et une véritable police de la vie quotidienne (interdiction des vêtements traditionnels, obligation de se raser, etc.).

L'action sanitaire missionnaire apporte un éclairage original sur des aspects souvent méconnus de la présence européenne au Rwanda, notamment sur le rôle des femmes et, dans ce monde colonial « confessionnel » dominé par l'Eglise catholique, le rôle des protestants. Ces derniers (la Société belge de missions protestantes au Congo, créée en 1910 en Wallonie et qui reprend les missions allemandes, les Anglicans de la Church missionary society, venus d'Ouganda, et les Adventistes) sont accueillis par l'administration en fonction de leur professionnalisme : personnel diplômé, création d'hôpitaux (la CMS à Gahini, les adventistes à Ngoma), formation d'infirmiers africains. La contribution féminine y est majoritaire. Du côté catholique, ce sont les Soeurs blanches (issues en majorité du milieu rural flamand) qui sont responsables des dispensaires des missions, aidées par une congrégation locale, également féminine, créée en 1913, les Benebikira. Mis à part les adventistes, qui insistent sur la rupture avec l'ancienne société, tous font la distinction entre modernité occidentale et message évangélique, et se refusent à « détribaliser les indigènes ». Mais, paradoxe connu, la connivence qu'ils réussissent à établir avec les familles rwandaises (qu'ils - plutôt elles - n'hésitent pas à visiter) et la dimension « sentimentale » de leur action, contribuent fortement à la pénétration des modèles européens (dans les sociétés locales ? OUI ). Sans oublier la participation énorme de leurs auxiliaires africains, véritables « travailleurs de l'ombre ».

La partie consacrée aux réactions des populations est hélas très courte, dans la mesure où, comme le reconnaît l'auteur, les seules sources utilisées sont celles des colonisateurs. Elles vont de la résistance à des contraintes ou à des vexations telles que l'obligation de se dénuder pour les femmes, à l'adhésion devant les échecs des thérapies traditionnelles. Des émeutes contre la campagne anti-pian ou contre des vaccinations sont signalées dans les années 1930, l'absentéisme, voire la fuite jusqu'en Ouganda, traduisent aussi les réticences, tout comme le maintien des pratiques anciennes (pharmacopée, rituels et interdits), qui sont très peu analysées ici. Par exemple les *Notes d'ethnographie* du Arthur Lestrade (un ancien des Missions protestantes), publiées à Tervuren en 1972, auraient pu être utiles. Malgré l'absence de sources orales, des indications (des objets, des situations, des notes biographiques), livrées au fil du texte, auraient pu être davantage mobilisées ici selon l'esprit de la *Vision des vaincus* de Nathan Wachtel.

Un dernière observation : quelques passages montrent comment, dès les années 1930, les Pères blancs tendent à confondre globalement autorités ou cadres rwandais<sup>1</sup> et identité tutsi (tel le cas de la mission de Rulindo, située au nord du pays), alors que des observations multiples (voir p. 418-424) attestent que, par exemple, les réticences des Hutu et des Tutsi sont rigoureusement les mêmes dans la question de la pudeur féminine.

Jean-Pierre Chrétien

---

<sup>1</sup> Les « Karavi » (p. 427), tels que transcrits dans la revue *Grands Lacs* en 1935, ne sont-ils pas les *karani*, les auxiliaires de l'administration, effectivement recrutés surtout chez les Tutsi ?